

Position des DBfK zur Personalbemessung in der stationären Altenpflege

Der Expertenbeirat formuliert das Ziel des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wie folgt: „Menschen mit Pflegebedarf haben das Recht auf eine qualitätsgesicherte, an ihrem persönlichen Bedarf ausgerichtete, Fähigkeiten fördernde und menschenwürdige Pflege, Unterstützung und Zuwendung bis zum Lebensende“ (Expertenbeirat 2013). Dadurch wird eine Weiterentwicklung der Pflege im Sinne der Unterstützung der Selbstpflegekompetenz, Erhalt von Fähigkeiten und Steigerung der Lebensqualität genauso erforderlich wie die Ausweitung der Angebote im Bereich edukativer und beratender pflegerischer Leistungen.

Kernpunkt und größte Forderung der Reform ist die Gleichbehandlung der zuvor verschiedenen behandelten Gruppen (kognitiv und körperlich eingeschränkte Leistungsempfänger). Dabei werden künftig auch Personen Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, die bisher keinen Anspruch darauf haben. Diese Gleichbehandlung darf sich nicht auf den Zugang zu finanziellen Leistungen beschränken. Neben den nun fest ins Gesetz aufgenommenen zusätzlichen Betreuungsleistungen müssen auch die kommunikativen, edukativen und tagesstrukturierenden Leistungen bedarfsgerecht erbracht werden. Den präventiven und rehabilitativen Maßnahmen sowie der Realisierung von Teilhabeaspekten muss Rechnung getragen werden.

Konkretisiert werden kann der erweiterte Bedarf an Pflegenden schon allein durch den auch bisher schon bestehenden Begriff der aktivierenden Pflege, der aber durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff deutlich an Gewicht gewinnt. Darüber hinaus ist der medizinisch-pflegerische Versorgungsbedarf enorm gestiegen. Es sollte nicht vergessen werden, dass sich eine qualitativ gute pflegfachliche Versorgung am tatsächlichen Bedarf der Bewohner ausrichtet. Wenn sich bisher die Unterstützung auf vollständige oder teilweise Übernahme einer Aktivität, auf Anleitung und Beaufsichtigung bezog, so gehört in Zukunft zum Beispiel die Unterstützung bei der Entscheidungsfindung zu den pflegerischen Unterstützungsmaßnahmen, ebenso wie die motivierende oder lenkende Begleitung einer Aktivität. Prävention, Rehabilitation, Teilhabe und Lebensgestaltung gewinnen durch die aktuelle Gesetzgebung auch in der stationären Altenhilfe zunehmend an Bedeutung.

Die derzeitige personelle Ausstattung bietet dafür keine Grundlage. Sie verwaltet den Mangel eines verrichtungsbezogenen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit. Definiert man Pflegezeit weiterhin in dieser Weise, so werden sich bei den Pflegebedürftigen nur zufällig Verbesserungen in der Lebensqualität einstellen. Elemente wie Beratung, motivierende Unterstützung, Anleitung und Schulung müssen bei der Personalbemessung mit berücksichtigt werden. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff muss also unweigerlich auch in der bedarfsgerechten personellen Ausstattung in stationären Einrichtungen zum Ausdruck kommen.

Aber: Die bestehenden Personalschlüssel sind auch nach altem Recht nicht ausreichend!

Die derzeit geltenden Personalschlüssel wurden in den 1990er Jahren zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern auf Landesebene vereinbart. Grundlage war die personelle Ausstattung der Einrichtungen vor Einführung der Pflegeversicherung. Unberücksichtigt blieb auch damals der tatsächliche Pflegebedarf der Bewohnerinnen und Bewohner. Es wurde lediglich angenommen, die reale personelle Ausstattung sei bedarfsgerecht. Auf diesem Stand arbeiten wir noch heute. Jedoch hat sich in den letzten 20 Jahren die Versorgungssituation in den Einrichtungen drastisch verändert:

Bewohnerinnen und Bewohner in den Einrichtungen sind im Durchschnitt älter und der Anteil an multimorbiden und kognitiv eingeschränkten Gesundheitszuständen ist deutlich angestiegen. Demografische Prognosen weisen darauf hin, dass sich die Anzahl der Menschen mit Pflegebedarf noch deutlich erhöhen wird (in den kommenden 10-15 Jahren um das Doppelte; Quelle: GBE kompakt 2016). Darüber hinaus hat sich der Umfang der medizinisch-pflegerischen Interventionen im Zusammenhang mit ärztlichen Behandlungen stark ausgeweitet. Dies zum einen in Zusammenhang mit der epidemiologischen Lage insgesamt (RKI 2015), aber auch mit der Einführung des DRG-Systems in der Krankenhausfinanzierung, die Liegezeiten in Kliniken deutlich verkürzt und oft zu deutlich umfangreicheren Anschlussversorgungen führt. Ein wichtiger Faktor für die Sicherstellung des pflegfachlichen Anteils der individuellen Versorgung in der stationären Altenhilfe wird die Vergütung der Kosten der Behandlungspflege durch SGB V-Regelungen sein (analog zur ambulanten Pflege) (DBfK 2015). Wenn der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auf der Grundlage des Neuen Begutachtungs-Assessments (NBA) greift, wird es mehr Bürger mit einem Anspruch auf Versorgungsleistungen nach dem SGB XI geben. Weiterhin wird durch das HPG die Sterbebegleitung explizit

Leistung der Pflegeversicherung und somit auch eine Regelleistung von vollstationären Einrichtungen. Auch dies muss zu einer personellen Anpassung in den Einrichtungen führen.

Ferner ist es von unterschiedlichen Fachleuten wiederholt vorgerechnet worden, dass die Anzahl an Minuten, in denen eine Pflegeperson pro Tag einen Bewohner oder eine Bewohnerin versorgen kann, deutlich unter dem im Rahmen der Pflegeeinstufung festgestellten Pflegebedarf liegt. Somit ist in der Fachöffentlichkeit bekannt, dass eine bedarfsgerechte Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner mit der derzeitigen Personalausstattung nicht möglich ist (u. a. große Schlarman, Bienstein, 2015). Auch wenn argumentiert wird, den festgestellten „Pflegeteile“ liege Laienpflege zugrunde, so ist angesichts der umfassenden Qualitätsanforderungen professionelle Pflege nicht minder zeitaufwendig.

Die hohe Krankheitsquote, die Berufsflucht und das häufige Auftreten von Burnout bei Beschäftigten in der stationären Altenpflege ist Ausdruck der anhaltenden Überlastung durch chronischen Personalmangel. Pflegenden sind frustriert und werden krank, weil sich ihr Berufsverständnis nicht mit den personellen Rahmenbedingungen in den stationären Einrichtungen in Einklang bringen lässt.

1. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff kann nur mit einer besseren Personalausstattung umgesetzt werden!

Der DBfK unterstützt ausdrücklich die Aussage aus der Bundesregierung, dass die Veränderungen durch das Pflegestärkungsgesetz II nur dann für die Betroffenen (sowohl Bewohner/-innen als auch professionell Pflegenden) erlebbar sind, wenn neue Personalschlüssel verhandelt werden. Es kann nicht sein, dass in einem Automatismus bestehende, unzureichende Personalschlüssel, die darüber hinaus in den Bundesländern völlig verschieden sind, auf ein neues System der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit einfach umgerechnet werden. Das hätte zur Folge, dass zwar die Finanzierungsgrundlagen verändert werden, sich die Bedingungen in der stationären Altenpflege aber nicht verändern. Das versprochene Aus der Minutenpflege wäre damit elementar verhindert.

2. Personalschlüssel sind künftig bundeseinheitlich festzulegen!

Die soziale Pflegeversicherung ist ein Bundesgesetz und sowohl die Leistungsansprüche der Versicherten als auch die Leistungsverpflichtungen der stationären Einrichtungen sind bundesweit identisch geregelt. Unterschiede in den Pflegesätzen, die durch unterschiedliche Preisniveaus in unterschiedlichen Regionen zustande kommen, sind – wenn auch diskussionsbedürftig – nachvollziehbar. Nicht nachvollziehbar ist aber, warum für eine identische Leistung nicht eine identische Zahl an Vollzeitstellen bzw. an Nettoarbeitszeit zur Verfügung stehen sollte.

Die zur Versorgung der Bewohner und Bewohnerinnen zur Verfügung stehende Personalmenge liegt derzeit in dem Bundesland mit dem höchsten Personalschlüssel im Mittel um 25% über der Personalmenge in dem Bundesland mit dem niedrigsten Personalschlüssel. Das bedeutet, dass im rechnerischen Mittel bereits heute je nach Bundesland pro Bewohner und Tag fast eine halbe Stunde mehr oder weniger zur Versorgung zur Verfügung steht (zugrundeliegendes Modell: Belegung nach Pflegestatistik 2011 für 100 Pflegeplätze, Pflegestufenverteilung ohne PS 0, Nettojahresarbeitszeit pro Vollzeitstelle 1566 Stunden). Für einen durchschnittlichen Wohnbereich mit 25 Plätzen bedeutet das fast 12 Stunden Abweichung!

Zur Herleitung eines einheitlichen Personalschlüssels ist eine Mittelwertbildung aus den derzeit geltenden Schlüsseln nicht akzeptabel. Gefordert wird, sich für eine bundeseinheitliche Regelung an den derzeit höchsten Werten zu orientieren.¹

3. Ein zu entwickelndes Personalbemessungssystem orientiert sich nicht an aktuell gemessenen Versorgungszeiten

Derzeit existiert kein wissenschaftlich fundiertes Personalbemessungssystem. Die Bundesregierung hat erkannt, dass hier Forschungsbedarf besteht und eine entsprechende Regelung im PSG II verankert. Im Zuge der Entwicklung eines Personalbemessungssystems ist ein pflegewissenschaftlich fundierter Konsentierungsprozess erforderlich, um eine gute oder angemessene Pflege zu definieren. Dies ist dann die Basis für den Verständigungsprozess in der Selbstverwaltung. Ein zu entwickelndes Personalbemessungssystem darf sich nicht an Zeitmessungen im aktuellen System orientieren, da diese sich zwangsläufig aus den im Pflegeversicherungsrecht geregelten Leistungsbeträ-

¹ So bewiesen auch die Träger in Baden-Württemberg im Jahr 2015 im Zusammenhang mit den Rahmenvertragsverhandlungen durch ihre gemeinsame Forderung nach einer Ausweitung des Personalschlüssels, dass dieses relativ gut ausgestattete Land den Arbeitsaufwand mit den bestehenden Schlüsseln nicht länger bewerkstelligen kann.

gen ergeben. Vielmehr ist der Personalbedarf anhand der pflegfachlich beurteilten individuellen Versorgungsbedarfe der Versicherten zu bemessen und nicht auf der Basis leistungsrechtlich definierter Versorgungssituationen. Dazu unterstützt zur Definition des Umfangs pflegfachlich erbrachter Leistungen der durch die European Federation of Nurses entwickelte EFN-Kompetenzrahmen für die Umsetzung von Artikel 31 der Richtlinie 2013/55/EU. Zum anderen lassen sich die Versorgungsbedarfe vor dem Hintergrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch das Neue Begutachtungs-Assessment bestimmen.

4. Bis ein fundiertes Personalbemessungssystem entwickelt ist, sind Personalschlüssel an einem Anwesenheitsschlüssel von 1:8 im Tagdienst und 1:30 im Nachtdienst zu orientieren!

Aktuelle Studien stimmen in dem Ergebnis überein, dass ein hoher Aufwand der personellen Zuwendung unabhängig vom Pflegegrad besteht. Angemessen erscheint ein „Anwesenheitsschlüssel“ von 1:8 im Tagdienst und 1:30 im Nachtdienst. Daraus ergibt sich bei einer Nettojahresarbeitszeit von 1566,42 Stunden (Rahmenvertrag Hamburg) und der Annahme, dass der Tagdienst 14 Stunden, der Nachtdienst 10 Stunden umfasst, ein Stellenschlüssel für den Tagdienst von 1:2,45 und für den Nachtdienst ein Stellenschlüssel von 1:12,88. Hinzu müssen Stellen kommen, die dem höheren Versorgungsbedarf von Personen mit erhöhtem Bedarf an personeller Unterstützung Rechnung tragen.

5. Die Pflegefachkraftquote ist beizubehalten!

Neben der Personalmenge an sich muss auch die entsprechende Fachlichkeit beachtet werden, die eine qualitativ hochwertige professionelle Pflege benötigt. Die bisher in aller Regel geltende Fachkraftquote von 50% muss bis auf Weiteres der unterste Richtwert bleiben (DBfK 2014)! Zudem sind angemessene Regelungen zu treffen, die gewährleisten, dass Pflegefachpersonen in der Funktion als leitende Pflegefachkraft nicht auf den Stellenplan angerechnet werden. Zu berücksichtigen ist auch, dass Pflegefachpersonen die Berufsgruppe sind, die die Verantwortung und Koordinierung für die Gruppe der Pflegeassistenzpersonen innehaben. Die dafür aufzuwendende Zeit muss sich im Personalschlüssel niederschlagen. Es kann nicht sein, dass wie bei der Einführung der Betreuungsassistenten immer weitere, sehr gering qualifizierte Personengruppen in den Versorgungsalltag integriert werden. Der dadurch entstehende Taylorismus des Gesamtversorgungsprozesses ist am Ende für die Bewohner und Bewohnerinnen nicht mehr nachvollziehbar und steigert den Organisations- und Koordinationsaufwand unverhältnismäßig. Pflegefachpersonen verfügen über alle Qualifikationen, die der bewohnernahe Gesamtversorgungsprozess erfordert und können die darüber hinaus gehenden Anforderungen erfüllen. Daher muss hauptsächlich in diese Personengruppe investiert werden. Der Vorteil für die Menschen mit Pflegebedarf, die Versorgung aus einer Hand, wird erlebbar. Vorteil für die Beschäftigten: ein höherer Anteil an Vollzeitstellen ist möglich und die Arbeit kann als sinnvoll und zusammenhängend erlebt werden.

6. Wenn die Personalausstattung verbessert wird, steht auch das erforderliche Personal am Arbeitsmarkt zur Verfügung!

Der Pflegefachpersonenmangel ist ein hausgemachtes Problem. Über die Hälfte der Pflegefachpersonen üben die Beschäftigung in Teilzeit aus, weil die Arbeitsbedingungen derartig schlecht sind, dass eine Vollzeittätigkeit individuell an den Rand der körperlichen und psychischen Belastung führt bzw. überhaupt keine adäquate Vollzeitstelle angeboten wird (Bogai et al., 2015). Dabei zeigt die epidemiologische und demografische Entwicklung ganz deutlich den Versorgungsbereich als Wachstumsmarkt aus. Es gibt eine Vielzahl von Pflegefachpersonen, die derzeit nicht in ihrem erlernten Beruf arbeiten (niedrige Berufsverweildauer). Es besteht aufgrund des hohen Anteils an Teilzeitbeschäftigungen ein großer Spielraum, so sind bei den Pflegefachpersonen etwa 50% (jede zweite) teilzeitbeschäftigt, bei den Pflegeassistenten sogar zwischen 60% und über 70% (Bogai et al., 2015). Und nicht zuletzt würde ein entsprechend attraktiv gestaltetes Arbeitsfeld neues Personal anziehen und binden können.

Die Verbesserung der Stellenschlüssel ist nicht kostenneutral zu gestalten. Es gibt im politischen Diskurs unterschiedliche Vorschläge zur Neureglung der Leistungen der Pflegeversicherung. Diese sind vor dem Hintergrund der aktuellen und zukünftigen Personalbedarfe zu prüfen. Eine Teillösung wäre, die Aufwendungen für Behandlungspflege aus der Krankenversicherung zu vergüten. Darüber hinaus muss perspektivisch ein Verfahren zur Personalbemessung gefunden werden, das auch die unterschiedlichen Qualifikationsniveaus in der Pflege berücksichtigt.

Berlin, Mai 2016

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK), Bundesverband
Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin | dbfk@dbfk.de | www.dbfk.de

Literatur

Bundesministerium für Gesundheit Hrsg. (2013): Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vom 27.6.2013.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Pflegebegriff_RZ_Ansicht.pdf (letzter Zugriff 8.4.2016)

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK (2015): Position des DBfK zu Medizinische Behandlungspflege in der stationären Altenhilfe. <https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Positionspapier-mediz-Behandlungspflege-stat-Altenhilfe-2015-05-04.pdf> (letzter Zugriff 8.4.2016)

GBE Kompakt (2016): Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Lebensalter. GBE kompakt 1/2016. Robert Koch Institut.

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownload/sK/2016_1_soziale_ungleichheit_alter.pdf?blob=publicationFile (letzter Zugriff 8.4.2016)

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015) Einzelkapitel Wie gesund sind die älteren Menschen? In: Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin.

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownload/sGiD/2015/08_gesundheit_in_deutschland.pdf?blob=publicationFile (letzter Zugriff 8.4.2016)

große Schlarman, J; Bienstein, C (2015): Die Nacht in deutschen Pflegeheimen 2015, Ergebnisbericht, Department für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke. <http://www.uni-wh.de/nachtwachenstudie> (letzter Zugriff 8.4.2016)

European Federation of Nurses (2015): EFN-Leitlinie für die Umsetzung von Artikel 31 der Richtlinie über die gegenseitige Anerkennung von Berufsqualifikationen 2005/36/EC, geändert durch die Richtlinie 2013/55/EU. Übersetzung DBfK-Bundesverband.

<https://www.dbfk.de/media/docs/download/Internationales/EFN-Competency-Framework-German-29-09-2015.pdf> (letzter Zugriff 8.4.2016)

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK (2014): Fachkraftquote in stationären Pflegeeinrichtungen. <https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Position-Fachkraftquote-2014-11-26.pdf> (letzter Zugriff 8.4.2016)

Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege; Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) Hrsg. (2015): Bogai, D. et al. Viel Varianz. Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient.

http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Sonstiges/Studie_zu_den_Entgelten_der_Pflegeberufe.pdf (letzter Zugriff 8.4.2016)